FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 34

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Étienne GRANDRIE

Né à Trouville-sur-Mer (Calvados), le 15 août 1900.

ARTHRITES AIGUËS SUPPURÉES DE LA HANCHE CHEZ LE NOURRISSON

Président : J.-L. LECÈNE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Étienne GRANDRIE

Né à Trouville-sur-Mer (Calvados), le 15 août 1900.

ARTHRITES AIGUËS SUPPURÉES DE LA HANCHE CHEZ LE NOURRISSON

Président : J.-L. LECÈNE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1928

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.

MM.	
I. de JONG . .	Anatomie pathologique
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . .	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale,
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale
VILLARET . .	Clinique médicale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de Pathologie externe
Chirurgien de l'Hôpital St-Louis

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

1921-1922. M. le Professeur CHAUFFARD (Hôpital Saint-Antoine).
M. le Professeur HARTMANN (Hôtel-Dieu).

1922-1923. M. le Docteur BABONNEIX (Hôpital de la Charité).
M. le Docteur SOULIGOUX (Hôpital Beaujon).

1923-1924. M. le Docteur GANDY (Hôpital Lariboisière).
M. le Professeur GUILLAIN (Hospice de la Salpêtrière).
M. le Docteur Milian (Hôpital Saint-Louis).

1924-1925. M. le Professeur NOBÉCOURT (Hôpital des Enfants-Malades).
M. le Docteur DEVRAIGNE (Hôpital Lariboisière).
M. le Professeur TEISSIER (Hôpital Claude-Bernard).

1925-1926. M. le Docteur AUCLAIR (Bastion 29).
M. le Professeur H. CLAUDE (Asile Sainte-Anne).
M. le Professeur SEBILEAU (Hôpital Lariboisière).

A Monsieur le Docteur GRAILLON

Qui nous a guidé au début de notre pratique médicale.

A Monsieur le Docteur JUDET

Inspirateur de cette thèse, avec l'expression de notre profonde gratitude.

ARTHRITES AIGUËS SUPPURÉES DE LA HANCHE

CHEZ LE NOURRISSON

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion à la fin de nos études médicales de suivre les consultations de la clinique de Chirurgie osseuse et d'Orthopédie du Dr Judet. C'est là que nous avons puisé les éléments de cette thèse.

Notre travail comprend quatre observations inédites de luxations de la hanche consécutives à des suppurations aiguës. Il ne nous a pas été permis d'assister au début de la maladie : les enfants ont été amenés à la Clinique, plusieurs années après la phase d'arthrite, en raison d'une boiterie persistante.

Nous avons eu sous les yeux de nombreux clichés radiographiques se rapportant à chaque cas et nous avons pu connaître le traitement appliqué. C'est donc sur ces matières que nous ferons porter plus spécialement notre exposé.

Pour donner une vue d'ensemble de la question

nous étudierons rapidement l'Etiologie et l'Anatomie pathologique. Nous examinerons ensuite d'une manière plus approfondie l'état de la hanche après guérison de la suppuration articulaire. Nos observations nous permettront d'insister sur l'Anatomie pathologique telle que la montre les rayons X.

Ensuite nous aborderons le tableau clinique à la période d'arthrite aiguë puis la symptomatologie à la période de pseudo-luxation. Le diagnostic différentiel doit être également fait à ces deux périodes. Nous terminerons par l'étude des divers procédés thérapeutiques que l'on peut appliquer à la pseudo-luxation post-suppurative de la hanche.

ETIOLOGIE

Fréquence. — Sur 115 cas d'arthrites aiguës chez le nourrisson on ne rencontre l'arthrite de la hanche que 21 fois, d'après la statistique de Benoiste-Pilo loire. Parmi les auteurs qui se sont occupé de cette question, nous citerons : Braquehaye 2 cas, Solltmann 1 cas, Lindmann 1 cas, Flament 7 cas, Benoiste-Pilloire 7 cas, Coopermann 8 cas. Il convient d'y ajouter les 4 observations de Judet que nous rapportons plus loin.

Fréquence relative. — A. Broca signale que sur 33 arthrites suppurées à pneumocoque, le genou était atteint 17 fois, la hanche 7 fois, l'épaule 7 fois.

En 1921 Elmers-Johnson rapportait 44 arthrites : 27 au genou, 17 à la hanche.

Microbes en cause. — D'après A. Broca, l'infection est le plus souvent due au streptocoque, d'autant plus fréquemment que le sujet est plus jeune. Pour les autres cas le pneumocoque acquiert presque autant d'importance que le staphylocoque.

C'est à Gasnes, en 1906, que revient le mérite d'avoir insisté sur la fréquence de l'origine pneumo-

coccique déjà signalée en 1890 par Lannelongue et Achard.

Flament, dans sa thèse, rapporte 2 observations à pneumocoque. Benoiste-Pilloire sur 7 cas personnels a rencontré trois fois ce même microbe. Mondor dans son remarquable rapport au 35e Congrès de Chirurgie a insisté sur l'importance du gonocoque. Il a pu réunir 77 cas d'arthrites gonococciques chez le nourrisson.

Porte d'entrée de l'infection. — Il faut la chercher : 1° dans les lésions cutanées si fréquentes chez le nourrisson (plaies du forceps, eczéma, impétigo...) ; 2° dans les plaies ombilicales ; 3° dans les ulcérations de la muqueuse buccale qui d'après Elmers-Johnson auraient une grande importance ; 4° dans l'œil qui est signalé par Mondor 30 fois sur 51 cas d'arthrites gonococciques.

En ce qui concerne nos 4 malades, nous notons très nettement, dans notre observation II, l'origine vaccinale de l'infection : la vaccination pratiquée à 1 mois est suivie d'une ulcération qui s'infecte et d'une adénite axillaire. La hanche gauche se prend consécutivement. Dans notre observation I nous voyons à l'âge de 3 semaines une affection fébrile s'accompagnant d'abcès multiples dont le principal se localisait au niveau de la hanche. Nous n'avons pu avoir de renseignements précis sur le point de départ de l'infection, dans nos deux autres observations.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis les travaux de Lannelongue, (1879), on a reconnu qu'un nombre important d'arthrites aiguës suppurées étaient consécutives à une lésion osseuse, à une ostéomyélite. L'arthrite suppurée de la hanche ne fait pas exception à cette règle.

D'après Lannelongue la localisation initiale de l'infection se trouverait à la face diaphysaire du cartilage de conjugaison. Cette théorie est admise par Mouchet et Audion dans leur travail de 1895. Cependant cette règle souffre des exceptions. Montprofit a publié en 1887 un cas d'arthrite suppurée de la hanche où les foyers de suppuration se trouvaient situés dans l'épiphyse. Tout récemment Giuntini au Congrès d'Orthopédie de 1925 a insisté sur les cas où l'infection siégeait dans l'épiphyse elle-même, c'est-à-dire dans la tête fémorale. Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer le caractère très exceptionnel de la lésion primitive sur le cotyle.

Quoi qu'il en soit le foyer infectieux est nécessairement intra-articulaire puisque tête fémorale, cartilages de conjugaison et extrémité interne du col, sont entièrement contenus dans la capsule articulaire et dans la cavité synoviale. La conséquence

de cette inflammation sera une arthrite purulente coxo-fémorale.

Les lésions en rapport avec cette arthrite purulente portent sur les différents éléments de l'articulation et en premier lieu sur la tête fémorale.

Le plus souvent il y a destruction de la tête et d'une partie du col. La théorie de l'ulcération compressive, formulée par Lannelongue à propos de la coxalgie, semble s'appliquer également aux lésions osseuses consécutives aux arthrites suppurées aiguës mais avec cette différence que les phénomènes suivent une marche beaucoup plus rapide. D'après Nové-Josserand qui adopte ce mécanisme, « il existe dans le plus grand nombre des cas une ulcération de la tête qui se trouve à l'endroit où celle-ci appuie contre le bassin. A ce niveau le noyau épiphysaire est mis à nu ; il est infiltré de pus, parfois même complètement détruit ou stérilisé ».

Cette disparition de la tête s'accompagne toujours à quelque degré d'un éculement du toit du cotyle. Peu à peu sous l'influence de la contracture musculaire l'extrémité supérieure du fémur remonte, perd contact avec le cotyle et se luxe dans la fosse iliaque externe.

Cette complication est pour ainsi dire constante, on peut dire que c'est elle qui caractérise les suites habituelles des arthrites suppurées de la hanche chez le nourrisson.

C'est à titre de *luxés de la hanche* que nos quatre malades se sont présentés à l'examen du Dr Judet.

Pour donner une idée précise de ces pseudo-luxations de la hanche nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ces quatre observations. L'examen radiographique de ces cas nous permettra de compléter utilement l'étude des lésions osseuses définitives.

OBSERVATION I (inédite)

(due à l'obligeance du Dr Judet).

Hous... Pauline. A présenté à l'âge de trois semaines une affection fébrile s'accompagnant d'abcès multiples dont le principal siégeait au niveau de la hanche gauche. Cet abcès

Pied direct. Rotation interne.

Fig. 1

a guéri après incision à la face externe du grand trochanter incision faite par le Dr Henri Petit de Château-Thierry. Il s'agissait probablement d'une *ostéomyélite de la hanche* à

en juger par les suites : luxation pathologique du fémur dans la *fosse iliaque externe.*

4 juillet 1921. — La radiographie faite à l'âge de 5 ans montre que la tête fémorale à disparu. Le col est réduit à l'état de rudiment (qui n'apparaît pas quand le pied est direct mais seulement dans la rotation interne). Voyez figure 1.

L'enfant ne souffre pas. La pseudarthrose possède des mouvements assez étendus. Il y a une forte boiterie avec plongeon comme dans la luxation congénitale à forme postérieure. Le raccourcissement est de 3 à 4 centimètres.

5 juillet 1921. — Nous essayons de fixer cette hanche flottante en la traitant comme si elle était luxée congénitalement.

10 septembre 1921. — Après une extension continue de un mois à 5, 6, puis 8 kilogrammes, nous essayons de réduire par la manœuvre de Lorenz : flexion, abduction combinées à une pression énergique sur le grand trochanter et nous avons l'impression nette (confirmée d'ailleurs par une radiographie de contrôle) que le col entre dans le cotyle. Plâtre en première position de luxation congénitale. A la sortie de cet appareil au bout de quatre mois nous constatons que la réduction n'a pas tenu ; le col toutefois est moins haut qu'avant l'intervention. Nous ramenons le membre en extension, abduction modérée, rotation interne (deuxième position du traitement de luxation congénitale).

Mars 1922. — Trois mois plus tard à la sortie de ce dernier plâtre le résultat apparaît médiocre. La radiographie montre la luxation pathologique presque comme avant l'intervention.

Nous avons suivi cette enfant et quatre ans plus tard, en

décembre 1925, la situation est stationnaire. Le col paraît solidement fixé en luxation antérieure sous l'épine iliaque. Raccourcissement : 4 centimètres. La marche reste indolore avec forte boiterie ; elle est améliorée par un appareil orthopédique.

En résumé, le traitement n'a produit qu'une légère amélioration dans la position du fémur qui est plus antérieur et plus stable.

OBSERVATION II (inédite)

(due à l'obligeance du Dr Judet).

Thir... Fernand, né à terme. Accouchement laborieux (forceps). A l'âge de 1 mois, la vaccination au bras est suivie d'une ulcération qui s'infecte. Fièvre. Adénite axillaire. La hanche gauche devient douloureuse. Incision d'un abcès dans la fesse à l'Hôpital Bretonneau; une deuxième incision est nécessaire au niveau de la face externe du grand trochanter

Réaction de Bordet-Wassermann négative.

19 octobre 1923. — A l'âge de 28 mois nous constatons que la tête fémorale est luxée sous l'épine iliaque antérieure et supérieure. La néarthrose possède des mouvements très étendus. Marche facile mais en équinisme avec grosse boiterie. Le raccourcissement est de 4 centimètres.

La radiographie montre : 1° un cotyle déshabité, peu profond, au toit très oblique ; 2° un moignon de col paraissant s'appuyer à la jonction du toit et de l'aile iliaque. Ce moi-

gnon est mieux visible lorsque le pied est en rotation interne. La tête fémorale a entièrement disparu. Voyez figure 2.

Traitement. — Du 6 au 23 novembre 1923 : extension continue, 5 kilogrammes.

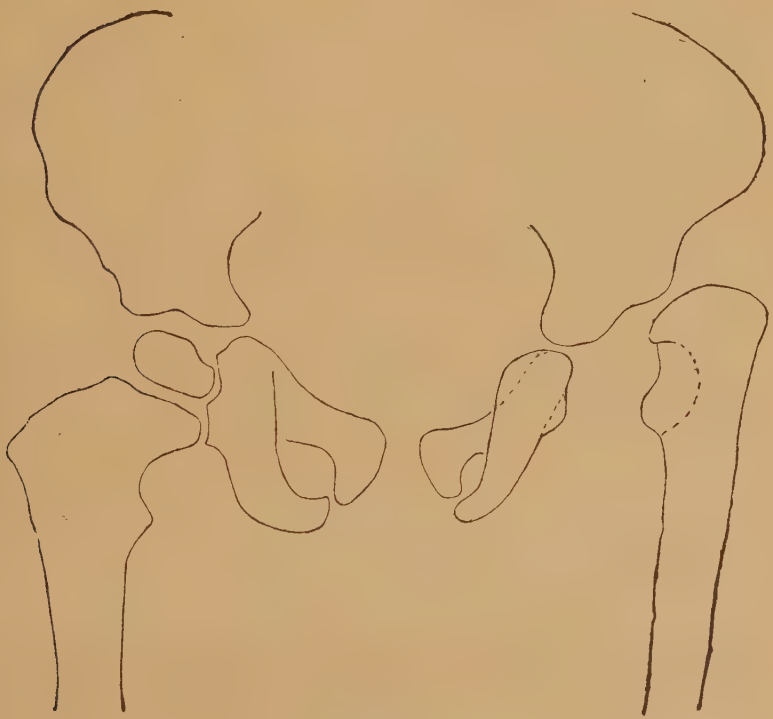

Figure 2

25 novembre. — Sous anesthésie générale, essai de réduction comme s'il s'agissait d'une luxation congénitale. Aucun ressaut, mais un faible déplacement en touche de piano paraît indiquer que le col est entré dans le cotyle. Plâtre en première position de Lorenz. Le contrôle radiographique

ayant montré qu'il s'agissait d'une fausse réduction, nous enlevons cet appareil au bout de trois semaines pour le remplacer par un plâtre de coxalgie avec abduction à 45 degrés avec l'idée de stabiliser le fémur aussi bas que possible contre l'aile iliaque. Par une fenêtre de voisinage nous pressons le fémur avec les feutres contre le bassin. Consécutivement appareil orthopédique pendant un an. Tous ces efforts n'aboutissent qu'à un résultat médiocre : la luxation subsiste dans son état initial. En octobre 1925, même état sensiblement qu'en octobre 1923.

24 juillet 1926. — Marche sans appareil depuis novembre 1925. Boîterie persistante mais pas de plongeon. La néarthrose paraît solide. Le raccourcissement est de 3 centimètres.

14 novembre 1927. — Même état. Le raccourcissement n'a pas augmenté. La hanche est toujours solide et indolore.

En résumé, le traitement paraît avoir produit un arrêt dans le déplacement du fémur.

OBSERVATION III (inédite.

(due à l'obligeance du Dr Judet).

Jou... Emile. A l'âge de 3 semaines avant la vaccination, présenta un abcès de la hanche droite. La suppuration dura trois mois. Une incision fut pratiquée sur le grand trochanter, laissant une cicatrice très nette. D'autres localisa-

tions articulaires furent moins accusées, une cicatrice reste visible sur l'épaule droite.

Vu le 5 mai 1925. Cet enfant, âgé de 3 ans, boite en plon-

Figure 3. — Pied direct.

geant du côté droit comme s'il présentait une luxation congénitale de la hanche droite. Le grand trochanter remonte au-dessus de la ligne de Nélaton. Quand la cuisse est fléchie à 90° on peut imprimer à la tête un mouvement de tiroir dans le sens antéro-postérieur. Le cotyle paraît plein. Le raccour-

Fig. 4. — Rotation interne.

cissement est de 2 centimètres. Le fémur opposé est incurvé.

La radiographie faite ce même jour nous permet de constater ce qui suit :

Pied direct. Luxation en dehors et en haut. Le col paraît résorbé. Le cotyle est bon. Voyez figure 3.

Rotation interne. Il ne reste pas de col, la destruction a donc été complète. Le grand trochanter paraît appuyé contre l'aile iliaque. Voyez figure 4.

Traitement.— Appareil de marche avec appui ischiatique. Nous nous proposons plus tard, si l'état s'aggrave, de recourir à une intervention sanglante (peut-être à une greffe péronéale pour essayer de reconstituer le col ?).

OBSERVATION IV (inédite).

(due à l'obligeance du Dr Judet).

Peyr... Lucienne. Pupille de l'Assistance publique de la Creuse, née en avril 1921, nous est adressée à Paris pour une forte boiterie, attribuée à une luxation congénitale.

Juin 1925. —Enfant âgée de 4 ans, normalement développée, boite en plongeant en dehors et en arrière. A l'inspection on note la saillie légère de la hanche. Raccourcissement de 4 centimètres. Le grand trochanter est remonté directement au-dessus du cotyle qui paraît déshabité. A la face externe du grand trochanter existe une cicatrice. Les mouvements possèdent une amplitude voisine de la normale.

A la radiographie on constate : 1° que le fémur dans son ensemble est beaucoup plus menu que celui du côté opposé ;

2° la tête a entièrement disparu; 3° le col est réduit à un moignon qui représente à peu près la moitié de la longueur normale; 4° le point d'ossification du grand trochanter est nettement visible ; 5° la cavité cotyloïde paraît presque

Fig. 5. — Observation IV

entièrement comblée, le toit a pour ainsi dire disparu. Le col semble prendre contact avec l'os iliaque au-dessus du rudiment du toit du cotyle. Voyez figure 5.

En résumé, l'étude radiographique des 4 cas que nous venons de rapporter montre :

1° La disparition constante de la tête du fémur et

la résorption du col en partie ou même en totalité.

2° Le toit cotyloïdien n'est jamais normal, il est toujours très éculé, la cavité dans son ensemble est irrégulière et a perdu la plus grande partie de sa profondeur.

SYMPTOMATOLOGIE

On doit l'envisager successivement :

I. A la phase aiguë d'arthrite.

II. A la phase chronique de pseudo-luxation.

I. — Début en général rapide, fièvre élevée 40° et agitation. Pendant un ou deux jours on se trouve en présence d'une infection générale sans localisation. Puis la cuisse se place en flexion, abduction, rotation externe et s'immobilise dans cette attitude.

A la période d'état : la fièvre reste élevée aux environs de 40°, l'état général s'altère, l'enfant ne tête plus, ne dort plus. Du côté de la hanche, à l'inspection on note une importante augmentation de volume, véritable infiltration œdémateuse qui s'étend non seulement à la région articulaire mais qui envahit toute la cuisse. La peau est rougeâtre, cuivrée, quelquefois cyanosée. L'articulation est vite immobilisée dans son attitude vicieuse.

Au palper en plus de l'infiltration, on peut quelquefois percevoir de la fluctuation tenant à la présence d'un abcès. Tantôt le pus fuse en arrière dans la région fessière, tantôt en dedans dans la région des adducteurs, d'autres fois en dehors au niveau du grand trochanter.

La tendance à la guérison est un fait sur lequel ont insisté tous les auteurs, surtout si l'affection est convenablement traitée.

A côté de cette forme de moyenne intensité, citons une forme septicémique dans laquelle les phénomènes généraux restent au premier plan pendant que la localisation au niveau de la hanche évolue vers une suppuration fétide et mal liée. La mort est la terminaison habituelle malgré l'intervention chirurgicale.

Le pronostic de l'arthrite suppurée aiguë du nourrisson est sérieux. En additionant les statistiques de Johnson, Dickson et Pervick, on trouve une mortalité globale de 33 %. Les formes à streptocoques sont nettement plus graves que les formes à pneumocoques et pour ce même germe en cause les formes polyarticulaires donnent une mortalité sensiblement plus élevée : il s'agit en pareil cas d'une véritable septicémie dont les déterminations articulaires ne représentent qu'une localisation.

II. — Lorsque le petit malade survit grâce à l'incision de son abcès on assiste d'une manière pour ainsi dire constante à la formation d'une pseudo-luxation.

L'aspect clinique présente les plus grandes analogies avec celui offert par la luxation congénitale. La boiterie est de même ordre, caractérisée par un « plongeon » lorsque le membre malade est portant. La marche est indolore et ces enfants peuvent sans fatigue effectuer de longues courses.

A l'inspection on constate un raccourcissement de 2 à 4 centimètres. On aperçoit de plus diverses cicatrices en rapport avec l'évacuation des abcès. Au palper on perçoit l'extrémité supérieure du fémur soit en position de luxation antérieure sous l'épine iliaque antérieure et supérieure, soit si l'enfant est déjà âgé, 5 ans et au delà, en position postérieure. Les mouvements de la néarthrose sont très étendus, la flexion est normale, la rotation interne diminuée et l'abduction est incomplète.

L'examen radiographique est indispensable, nous avons indiqué les aspects qu'offrait la hanche (voyez Anatomie pathologique, p. 13) et nous n'y reviendrons pas.

DIAGNOSTIC

I. — A la PÉRIODE D'ARTHRITE AIGUË on pense tout naturellement aux diverses infections qui peuvent se localiser sur les séreuses articulaires.

Le rhumatisme n'existe pour ainsi dire pas chez le nourrisson. Mais les manifestations de rhumatisme gonococcique peuvent exister.

La tuberculose peut prendre chez le nourrisson une allure aiguë ou subaiguë.

Il n'est pas jusqu'à la spécificité qui ne puisse donner le tableau de l'arthrite aiguë. Le Pr Nobécourt relate dans le *Concours médical* de 1925 le cas d'un bébé de 9 mois atteint d'arthropathie de l'épaule gauche à début aigu. On pense qu'il s'agit d'une arthrite aiguë suppurée ; mais au bout de quelques jours les phénomènes inflammatoires s'atténuent et l'arthropathie passe à l'état subaigu. L'enfant fut rapidement guéri par les frictions mercurielles et les injections intramusculaires de sulfarsénol.

Nous avons la bonne fortune de pouvoir publier un cas d'arthrite aiguë probablement syphilitique qui rentre directement dans notre sujet puisque la hanche était en cause.

OBSERVATION V (inédite)

(due à l'obligeance du Dr Judet).

Lem..., Serge, nous est amené par le Dr Chopinet de Crépy-en-Valois, à l'âge de 2 mois.

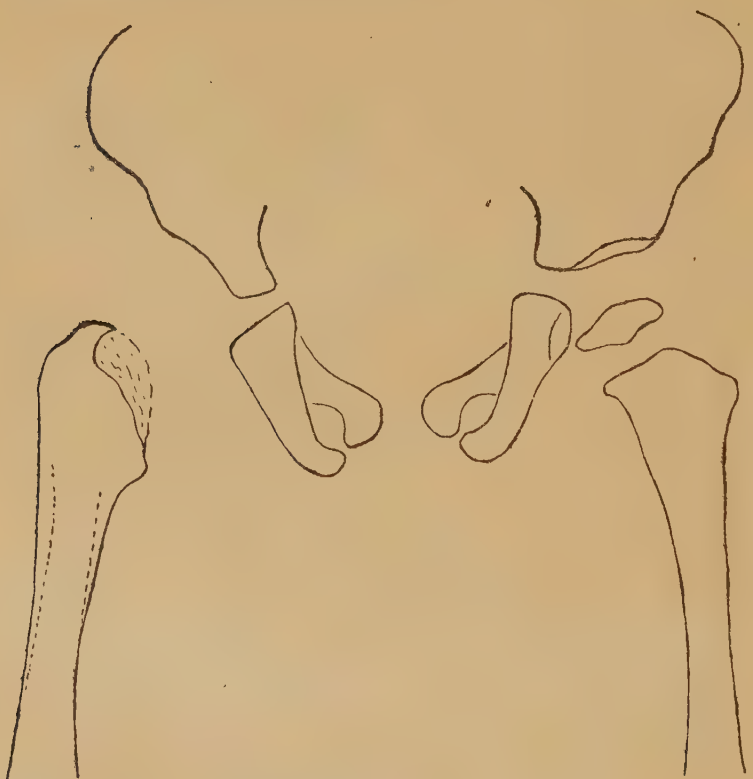

Figure 6. — Observation V

11 février 1926. — La hanche droite est immobilisée en flexion. La cuisse est chaude et énormément augmentée de volume. Les douleurs sont vives. Au palper on perçoit une

infiltration œdémateuse, sans fluctuation, de toute la région de la hanche.

La radiographie montre une énorme lésion du col avec périostite descendant en manchon autour de la diaphyse. Voyez figure 6. Il s'agit d'une ostéite syphilitique ou d'une ostéomyélite à forme subaiguë. Nous penchons plutôt vers ce dernier diagnostic, d'autant plus que le père est atteint de furonculose à la nuque. Cependant nous tentons le traitement antisyphilitique : pendant quinze jours, frictions d'onguent mercuriel double et sirop arséno-mercuriel. Quinze jours de repos, puis nouvelle cure de sirop arséno-mercuriel. Au bout d'un mois, disparition absolue de tous les phénomènes pathologiques de la hanche. La souplesse est réapparue entière, intégrité complète de tous les mouvements, le volume de la cuisse est normal.

9 décembre 1927. — Le Dr Chopinet nousdonne des nouvelles de ce petit malade. L'enfant a fait ses premiers pas à 10 mois, la guérison s'est maintenue complète sans que le traitement antisyphilitique ait été continué, en raison de la négligence des parents.

II. — A la PÉRIODE DE LUXATION CONFIRMÉE, les luxations du début de la coxalgie pourront être confondues avec les luxations consécutives aux inflammations aiguës mais l'absence de fièvre et de suppuration rapide et chaude caractérise la coxalgie.

Une erreur plus fréquente est constituée par la luxation d'origine congénitale. Les antécédents sont différents dans les 2 cas : la luxation congénitale se manifeste insidieusement par la boiterie survenant

chez un enfant en parfaite santé et ne présentant aucune manifestation aiguë du côté de la hanche. La pseudo-luxation est précédée d'une période d'arthrite aiguë qui ne saurait passer inaperçue.

Nous connaissons bien les caractères différentiels qui existent entre une radiographie de pseudo-luxation après arthrite suppurée et une radiographie de luxation congénitale. Cotyle lisse sans ostéophyte, noyau osseux céphalique, col en antéversion mais de longueur normale, cartilage de conjugaison nettement visible caractérisent la luxation congénitale. Dans la pseudo-luxation post-suppurative : cotyle hérissé d'ostéophytes,noyau osseux de la tête absent ou très atrophié, col raccourci sans cartilage de conjugaison visible.

Différence importante, la luxation congénitale antérieure est une forme appuyée : la tête prend contact avec l'aile iliaque où elle se creuse un néo-cotyle. Dans la pseudarthrose post-suppurative en raison de la perte de substance osseuse un espace important sépare le moignon du col de l'aile iliaque, il n'y a pas d'appui, pas de contact. Cette considération est importante au point de vue thérapeutique.

TRAITEMENT
DE LA PSEUDO-LUXATION POST-SUPPURATIVE

La luxation de la hanche consécutive à l'arthrite suppurée constitue un désordre important auquel il est impossible de remédier d'une manière complète.

Il y a non seulement luxation de l'extrémité supérieure du fémur mais encore destruction plus ou moins étendue de cette extrémité osseuse. On conçoit que l'on améliorerait sensiblement l'état du malade si l'on pouvait remettre en place le moignon restant du col dans la cavité cotyloïde. Ce faisant on aurait fourni un point d'appui solide au fémur, on aurait transformé la pseudarthrose flottante en pseudarthrose fixée.

I. — Réduction non sanglante

Les admirables succès fournis par la méthode de Lorenz dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche devaient inciter les auteurs à essayer ce même procédé dans la cure des pseudo-luxations post-suppuratives.

C'est ainsi que sur les 4 observations que nous

devons à l'obligeance du Dr Judet nous voyons cette méthode appliquée deux fois.

Cet auteur malgré l'habitude qu'il a des manœuvres de réduction de la luxation congénitale *n'a pu réussir* à faire entrer le moignon du col dans la cavité cotyloïde. Une interposition de tissu mou s'oppose invinciblement à l'établissement du contact osseux. La mise en flexion à 90 degrés et en abduction maximum de la cuisse (position de Lorenz) améliore incontestablement la position du col en ce sens qu'elle le porte en avant. Si l'on immobilise pendant quelques mois dans cette position avec le plâtre classique de la luxation congénitale on peut espérer fixer le col sous l'épine iliaque antérieure et supérieure. La stabilité de la hanche en serait améliorée et du même coup la marche deviendrait meilleure.

Telle est la théorie ; voyons maintenant la pratique. Dans nos deux observations ce traitement strictement appliqué n'a donné que des résultats assez médiocres, en ce sens que le moignon du col fémoral tend à abandonner sa position améliorée sous l'épine iliaque antérieure et supérieure pour redevenir postérieur.

Néanmoins cette méthode en raison de son innocuité mérite d'être tentée aussitôt que possible après la phase d'arthrite aiguë et chez les enfants jusque vers six ans si l'affection s'aggrave, c'est-à-dire si plus tard le raccourcissement et la boiterie augmentent du fait de l'évolution du moignon du col en

arrière et en haut vers la partie la plus reculée de la fosse iliaque externe. Mais si la hanche devient douloureuse il est indiqué de recourir à une thérapeutique sanglante.

II. — Méthodes sanglantes

L'extrémité supérieure du fémur est flottante, elle a perdu tout contact non seulement avec le cotyle mais encore avec l'aile iliaque. On ne saurait remettre dans le cotyle une tête et un col fémoral puisque ces formations osseuses ont été plus ou moins détruites par la suppuration. Mais on peut concevoir que l'on puisse solidariser le fémur et l'os iliaque : c'est la méthode des butées ostéo-plastiques.

Imaginée par Konig (1891) cette méthode a été mise au point par le Dr Lance qui a eu le mérite de l'appliquer à un grand nombre de luxations et surtout de subluxations congénitales douloureuses. Le principe est le suivant (voyez figure 7) :

Nous ferons remarquer qu'*a priori* la butée ostéoplastique trouve des conditions moins favorables que lorsqu'elle s'applique aux subluxations douloureuses appuyées. En effet dans les luxations post-suppuratives du fait de perte de substance importante, du fait que la tête fémorale a disparu, que le col est fortement réduit, quelquefois même absent, un vide important existe entre le moignon du col et l'aile iliaque, vide qui est comblé par des parties molles : capsule, muscle, aponévrose.

La création d'une butée ostéo plastique efficace suppose : 1° que l'on pourra rapprocher le fémur de l'aile iliaque dans le voisinage du cotyle ; 2° que l'on

Fig. 7. — Constitution d'une butée ostéoplastique.

supprimera l'interposition des parties molles entre l'aile iliaque et le moignon du col.

Les deux os étant supposés en contact on pourra rabattre sur le moignon du col un volet osseux taillé aux dépens de l'aile iliaque et renforcé par des greffes ostéo-périostiques « à la Delagenière » prélevées sur le tibia du membre opposé. Voyez figure 7.

Cette intervention a donné de bons résultats à

Lance dans le traitement des subluxations et des luxations congénitales invétérées. Nous ne savons pas ce qu'elle donnerait dans les pseudo-luxations post-suppuratives; nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale aucun cas traité de la sorte. La résorption de la tête et en partie du col complique évidemment le problème : pour prendre appui sur le fémur il faudrait que le butoir s'étendît jusqu'à la face supérieure du grand trochanter.

On peut concevoir une opération de greffe osseuse complémentaire ayant pour but de reconstituer le col du fémur au moyen d'un segment de péroné. Cette intervention classique pour les pseudarthroses du col du fémur n'a pas encore été pratiquée à notre connaissance dans les luxations et pseudo-luxations. Voici une figure théorique (fig. 8) qui donne une idée de ce qu'elle pourrait être.

Si le malade est laissé sans traitement pendant son jeune âge, il est habituel de voir la luxation s'aggraver, le fémur remonte, se porte en arrière le raccourcissement et la boiterie augmentent, le membre se place de plus en plus en adduction.

L'ostéotomie sous-trochantérienne suivie de la mise en abduction du fragment inférieur permet de corriger cette adduction : en même temps elle augmente sensiblement la stabilité du fémur, car le fragment inférieur vient prendre appui dans la cavité cotyloïde. Voyez figure 9.

Si malgré cette intervention le sujet continuait à souffrir et à se déformer il faudrait résolument

Fig. 8.

ankyloser la hanche par soudure osseuse du fémur à l'os iliaque. Ce n'est point chose commode.

Le procédé que Hass, assistant de Lorenz à

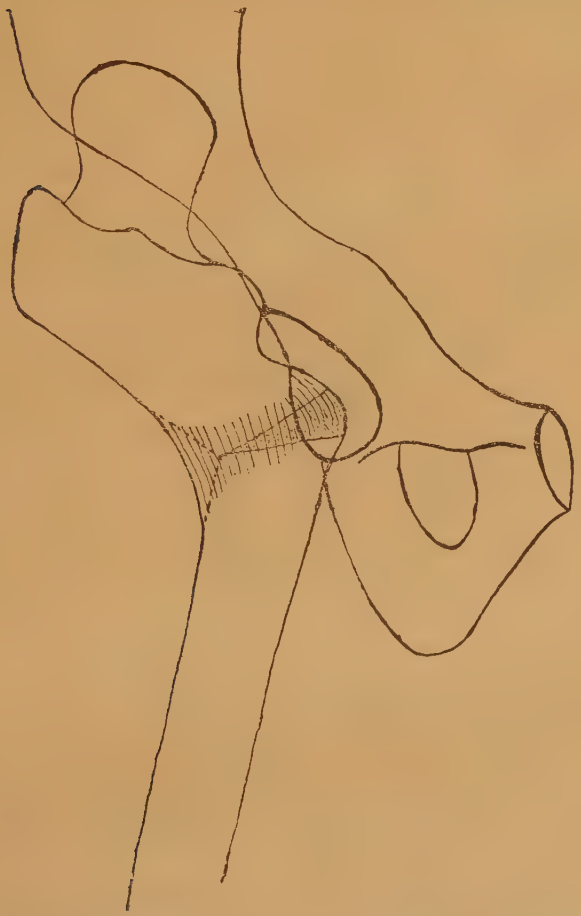

Fig. 9. — Ostéotomie basse en face du cotyle de Frœlich.

Vienne, a utilisé pour les coxalgies hautement destructives et récidivantes nous paraît convenir aux pseudo-luxations consécutives aux arthrites qui,

elles aussi, s'accompagnent d'importantes destructions osseuses.

Hass scie le grand trochanter obliquement et le repousse vers le haut contre l'iléon en même temps

Fig. 10. — Procédé de Hass. Arthrodèse extra-articulaire.

que la musculature qui s'y attache. Voyez figure 10. Cette intervention a donné 2 succès sur 3 opérations à Hass et 18 sur 20 à Hibbs.

Mathieu (de Paris) a préconisé un procédé d'arthrodèse extra-articulaire voisin du précédent : il aborde l'articulation par une incision antérieure le

long de la crête iliaque dans son tiers antérieur puis au niveau de l'interligne du Couturier et du tenseur du fascia lata, il désinsère dans la fosse iliaque les muscles moyen et petit fessier jusqu'à la découverte du col. La soudure ilio-fémoral est obtenue : 1° en taillant un volet osseux sus-cotyloïdien que l'on rabat sur le col ; 2° en faisant glisser par dessus ce volet le grand trochanter sectionné à sa base ; 3° en plaçant un greffon tibial prélevé sur le malade, d'une part, dans une fente de l'extrémité supérieure du fémur, d'autre part, contre la partie antérieure du volet iliaque. Plâtre consécutif.

Cette intervention un peu complexe a donné de bons résultats à l'auteur.

CONCLUSIONS

1° Les arthrites aiguës suppurées de la hanche chez le nourrisson sont en réalité des ostéomyélites intra articulaires ;

2° Elles s'accompagnent pour ainsi dire constamment de destruction osseuse : la tête du fémur disparaît souvent, le col est plus ou moins résorbé ;

3° Après guérison de la suppuration, l'épiphyse fémorale *altérée* abandonne la cavité cotyloïde, et une pseudo-luxation se constitue ;

4° Cette pseudo-luxation doit être soigneusement distinguée des luxations congénitales ;

5° La méthode orthopédique de Lorenz si efficace dans le traitement des luxations congénitales ne donne dans les pseudo-luxations que des résultats incomplets ;

6° On peut envisager pour l'avenir un traitement opératoire qui consisterait à pratiquer une butée ostéoplastique pour stabiliser le fémur dans la fosse iliaque externe.

L'ankylose de la hanche ne doit être recherchée que dans les formes graves se traduisant par de l'impotence fonctionnelle absolue.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse
LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Benoiste-Pilloise. — Thèse de Paris, 1925, n° 369.

Broca (*A*). — Traité de chirurgie infantile, p. 268 à 343. Masson, 1920.

Dickson. — Traitement opératoire des vieilles luxations congénitales de la hanche (Journal of Bone and Joint Surgery, 1924).

Dujarier (*Ch.*). — Luxation congénitale non fixée de la hanche gauche. Constitution par greffe d'un toit osseux (Société de Chir. Paris, oct. 1923).

Elmers-Johnson. — Arthrites suppurées aiguës chez l'enfant (American Journal of disease of children, 1921).

Flament. — Thèse de Paris, 1920.

Hass (*J.*). — Zentralblatt. für Chir., 1922, n° 40, p. 1466.

Hibbs (*Rusself A.*). — The Journal of Bone and Joint Surgery, July 1926, p. 522.

Judet (*H.*). — Traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant (Monde Médic., juin 1926).

Lance (*M.*). — Constitution d'une butée ostéoplastique dans les luxations et subluxations congénitales de la hanche (Presse médic., juillet 1925, n° 56).

Mathieu (*P.*). — Voie d'accès antérieure sur l'articulation de la hanche (Bull. Soc. nat. de Chir., juin 1926, p. 640).

— Traitement des séquelles de la coxalgie (Soc. française d'Orth. Paris, oct. 1926).

Nobécourt. — Arthropathies hérédo-syphilitiques de la première enfance (Concours médical, 13 sept. 1925).

Nové-Josserand. — Malformations et subluxations de la hanch (Revue d'Orthop., mars 1925).

Mondor (*H.*). — Arthrites gonococciques. Rapport au 35e Congrès français de Chirurgie, Paris, octobre 1926.

8001. — Impr. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-1928